

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

Fecha de Radicación							
D	M	A	E	S	A	A	A

1. Datos del Afiliado			
Leyenda: Marque con una X la opción que corresponda.			
1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de Afiliado
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual: ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante		Código	
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		(Ingresar por la EPS)	

6. Apellidos y nombres			
Buelvas		Mirama Del Carmen	
Primer apellido		Segundo apellido	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad	
C.C.		43971901	
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Femenino ☒ Masculino ☐		09/10/1987	

11. Etnia				12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo		Condición					
		F N M		T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones				17. Ingreso base de cotización - IBC	
AXA Colpatría				Colfondos				1750905	
18. Residencia								Consorcio Cordoba alimento	
				3123711332				2026@gmail.com	
Dirección				Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Montelíbano				Urbano				Cordoba	
Municipio/Ciudad				Zona		Rural		Localidad/Comuna	

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales														
24. Apellidos y nombres														
	Primer apellido			Segundo apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre				
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														
25. Tipo de documento de identidad				26. Número del documento de identidad				27. Sexo		28. Fecha de nacimiento				
								Femenino		Masculino				
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad			32. Tipo		33. Condición	
			E	N	M	I	P		
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de Residentes						33. Valor de la UPC del artículo adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular		
	Urbana	Rural				
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	
B	
B	
B	

35. Nombre o razón social				36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones: (a registre por ID EPS)	
Consortorio Cordoba Alimenta				NET		902023336-0			
39. Ubicación				39. Teléfono		39. Correo electrónico		39. Municipio/distrito	
KH 3 Via planeta Rica				3105036486		Consortiocordobaalimenta2022@gmail.com		Montería	
Dirección				Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
Cordoba				Cordoba		Cordoba		Cordoba	

B. REPORTE DE NOVEDADES			
40. Tipo de Novedad			
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.		☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.		☐ 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas	
☐ 3. Actualización del documento de identidad.		☒ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo	
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.		☐ B. Régimen Subsidiado	
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.		☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen	
Código		☐ B. Diferente Régimen	
☐ 6. Reinscripción en la EPS.		☐ 15. Reporte de fallecimiento.	
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.	
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.	
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.	
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.			
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de nacimiento
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.			
☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.			
☐ 49. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.			
☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.			
☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2013.			
☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.			
VIII. FIRMAS			
Mirama Buelvas		ALVARO SALGADO	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario		55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	
IX. ANEXOS			
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC			
Cantidad: Total			
☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.			
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.			
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.			
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.			
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.			
☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.			
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.			
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.			
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.			
X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN	
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje
		Nivel	
		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:			
fecha de Afiliacion 01-27-2026			
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.			